OFFICE OF HUMAN RIGHTS

alexandriava.gov

421 King Street, Suite 400
Alexandria, Virginia 22314

Phone(703)838-6390
Fax (703)838-4976

CUESTIONARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACION

ESTE CUESTIONARIO NO CONSTITUYE UNA QUEJA FORMAL. El llenar este cuestionario no significa que usted ha presentado una queja formal de discriminacion en la Oficina de Derechos Humanos de la Ciudad de Alexandria. Este cuestinario es solo informacion para creàr un expediente.

INFORMACION DEL DEMANDANTE		
NOMBRE	FDN	SSN
DIRECCION		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
TELEFONO CASA( ) TRABAJO ( )	CONTACTO DE EMERGENCIA EN CASO QUE NO PODAMOS CONTACTAR A USTED)	
YO CREO QUE HE SIDO DISCRIMINADO(A)/CON RESPECTO A (MARQUE UNO) ☐ **EMPLEO** ☐ **VIVIENDA** ☐ **ACOMODO PUBLICO** ☐ **OTRO**_____		
YO CREO QUE HE SIDO DISCRIMINADO EN BASE A MI		
CUANDO OCURRIO EL ACTO DISCRIMINATORIO QUE ALEGA? (LA VIOLACION TIENE QUE HABER OCURRIDO DENTRO DE LOS 300 DIAS QUE PRECEDEN LA QUEJA SI USTED ALEGA DISCRIMINACION BAJO EL TITULO VII, 180 DIAS SI ALEGA BAJO EL ACTO DE DISCRIMINACION DE EDAD EN EMPLEO, 365 DIAS SI LA ALEGACION ES DE VIVIENDA)		
INFORMACION SOBRE EL DEMANDADO		
NOMBRE/DIRECCION DE LA COMPANIA (REQUIERE ESTAR LOCALIZADO DENTRO DEL LIMITE GEOGRAFICO DE ALEXANDRIA) _____ _____		
PRESIDENTE/PERSONA A CARGO/ TELEFONO ( )		

FECHA EN QUE COMENZO A TRABAJAR (SI APLICA)	POSICION/CARGO (SI APLICA)

NUMERO DE EMPLEADOS (SI APLICA)
☐ 1-3 ☐ 4 - 14 ☐ 15- 100 ☐ 101- 200 ☐ 201- 200 ☐ 501 +

POR FAVOR LISTE TODAS LAS PERSONAS EN INVOLUCRADAS (INCLUYA NOMBRE Y CARGO)

1.	2.	3.

POR FAVOR DESCRIBA BREVEMENTE EL ACTO DISCRIMINATORIO QUE USTED ALEGA

La información aquì proveìda es confidencial. El demandado no serà notificado de este contacto inicial, <u>ESTO NO ES UNA QUEJA FORMAL.</u> Esta información serà proveìda al investigador asignado a este caso quien se pondra en contacto con usted para concertar una cita y obtener mayores detalles sobre su queja para determinar si la misma tiene fundamento legal.